

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1110

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raoul TUBIANA

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris
né à Constantine le 20 Août 1915

LES KYSTES DERMOIDES SIMPLES
ABDOMINAUX RÉTRO-PÉRITONÉAUX

Président : GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raoul TUBIANA

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris
né à Constantine le 20 Août 1915

LES KYSTES DERMOIDES SIMPLES
ABDOMINAUX RÉTRO-PÉRITONÉAUX

Président : GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimental.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LÉMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le très
grand honneur de présider cette
thèse. Hommage d'admiration, et
de reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ

PETIT-DUTAILLIS

Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de mon respectueux attachement. Hommage de gratitude par son enseignement si précieux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

FUNCK-BRENTANO

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a guidé de sa bienveillante attention.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR

PASTEUR VALLÉRY-RADOT

Médecin de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage profondément respec-
tueux.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUIS MOURE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOUQUIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR IVAN BERTRAND

Directeur à l'École pratique des Hautes Études

I

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière un cas de kyste dermoïde abdominal rétro-péritonéal chez un homme, opéré par le Professeur A. GOSSET.

Signalons, dès l'abord, l'extrême rareté de cette localisation. En effet, nous n'avons pu trouver dans la littérature que très peu de cas semblables et tous les auteurs qui les ont décrits ont insisté sur ce caractère exceptionnel :

Le début de l'article de VIGLIANI (1), écrit en 1918, pourrait encore nous servir d'introduction : « Les kystes dermoïdes simples, je veux parler de ceux qui contiennent seulement les dérivés de l'ectoderme, de grand volume, à développement rétro-péritonéal et complètement indépendants des glandes sexuelles, constituent une rareté clinique. C'est pourquoi il me semble nécessaire de décrire le cas que j'ai eu l'occasion d'observer. »

(1) VIGLIANI. — Kyste dermoïde rétro-péritonéal. *Policlinico*-janv. 1918.

VIGLIANI cite :

2 cas d'EBLER.

1 de MICZKOWSKI.

1 de WEIL.

Et 1 de KAPOZ.

Il rapporte encore des observations de kystes dermoïdes du mésentère qui sortent du cadre où nous voulons nous limiter.

THÉVENOT déclarait dans un rapport au Congrès Français de Chirurgie en 1919 que selon lui : « HERRERA, ZWEIFFEL, JOHNSON paraissent être les seuls auteurs qui les aient signalés. » Mais ces trois cas étaient plus particulièrement des kystes dermoïdes périnéphrétiques.

W. A. DENNIS publie en 1923 une observation de kyste dermoïde pancréatique et cite un autre cas semblable de JUDD.

J. C. MASSON et H. D. CAYLOR rapportent en 1929 un cas semblable.

JUDD et FULCHER en 1933, dans une étude sur les kystes dermoïdes abdominaux, citent trois cas :

Enfin, en 1936, M. Louis RAMOND publie une observation de kyste dermoïde à symptomatologie de pseudo-kyste du pancréas, chez un homme, et dont le point d'implantation n'a pu être précisé.

L'intérêt de l'observation que nous présentons, réside dans le fait, que l'on a pu retrouver l'évolution de la tumeur chez ce malade depuis son enfance ; et que, malgré l'énorme développement qu'elle avait acquis, elle a pu être enlevée chirurgicalement.

II

PLAN

Nous exposerons tout d'abord l'observation concernant notre malade.

1. Exposé clinique.
2. Compte rendu opératoire.
3. Suites opératoires immédiates.
4. Examen de la pièce.

Puis nous essayerons de mettre en lumière les principaux éléments de cette observation, en nous aidant des autres cas signalés.

Mais nous voulons plus particulièrement insister sur les difficultés considérables du diagnostic.

Puis, pour situer ce cas dans le cadre général des¹⁴ kystes dermoïdes, nous ferons un rapide exposé de l'historique des kystes dermoïdes, de leur discussion pathogénique, en envisageant pour conclure les possibilités pathogéniques plus particulières à notre cas.

III

OBSERVATION DU SERVICE DE CLINIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE

1. OBSERVATION CLINIQUE

Monsieur F..., âgé de 46 ans, architecte, entre dans le service de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, le 11 septembre 1939, pour une tuméfaction énorme et diffuse de l'abdomen.

Mais on apprend d'emblée le long passé pathologique du malade qui remonte à l'enfance :

— Dès l'âge de quatre ans, l'enfant se plaignait de douleurs abdominales et l'entourage avait remarqué un ventre un peu volumineux, contrastant avec la maigreur des membres, le malade peut lui-même préciser qu'à partir de l'âge de 6 ans il ressentait souvent des douleurs abdominales à type de barre épigastrique avec nausées et parfois même des vomissements bilieux. Néanmoins, il put faire ses études.

— Pendant l'adolescence, les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, et surtout s'accompagnent de constipation opiniâtre. Le ventre est toujours assez volumineux et c'est ainsi qu'on en vient à penser à une entérite douloureuse.

A 17 ans, l'état s'aggrave : le malade décrit avec précision le caractère de ses douleurs : ce sont des douleurs épigastriques variables dans leur intensité, apparaissant plutôt en fin de digestion, avant le repas du soir et vers 4 heures du matin.

Les vomissements se font de plus en plus fréquents et abondants, alimentaires et bilieux.

On l'envoie à Plombières, on lui ordonne un régime sévère, et il est à noter que ce régime contenant peu d'aliments consistants est suivi d'une amélioration passagère. Il est accepté au conseil de révision et mobilisé pendant une partie de la guerre de 1914, puis évacué.

L'évolution se poursuit sur un mode chronique, entrecoupée d'épisodes abdominaux plus intenses.

Mais à partir de 1922-1923 apparaît un nouveau symptôme au moment des poussées douloureuses : la fièvre, qui reste aux environs de 38°-38°,5.

En 1928, deux poussées de furonculose et deux ans plus tard une hématurie assez abondante, indolore, non provoquée.

L'examen bactériologique des urines montre alors la présence de staphylocoques.

Ainsi toute l'évolution est émaillée d'accidents attribués à une origine tantôt hépatique, tantôt intestinale, tantôt gastrique. Mais jamais il ne présente ni ictère, ni hématurie.

Cependant, l'aggravation progressive des symptômes abdominaux, de l'état général de l'amaigrissement, alors que le ventre reste volumineux, conduit à un examen général, en octobre 1936.

On fait alors des analyses d'urines, de sang qui ne révèlent rien d'anormal.

C'est à cette époque que survient une aggravation notable : la symptomatologie fonctionnelle s'enrichit de nombreux signes : dyspnée d'effort, palpitations, consti-

pation accompagnée d'hémorroïdes, signes qui paraissent facilement imputables à la compression des organes.

L'amaigrissement s'accroît, l'activité du malade est ralentie. En même temps le ventre augmente rapidement de volume et c'est devant l'aggravation de tous ces signes que le malade vient consulter.

Tels sont les antécédents personnels du malade.

Il n'existe pas d'antécédents héréditaires.

Parents en vie, bien portants.

Deux enfants : un garçon, 7 ans, asthmatique,

— une fille de 10 ans, bien portante.

A son arrivée dans le service le 11 septembre 1939 :

les troubles fonctionnels sont marqués : Douleurs s'étendant à la fosse iliaque droite. Vomissements. Constipation.

La dyspnée apparaît au moindre effort.

Enfin, le malade se plaint de céphalée.

L'état général est également touché : la température est à 38°, les urines rares, hautes en couleur.

A l'examen physique, on est frappé par l'amaigrissement : le cou, les membres sont maigres, décharnés.

Mais le symptôme dominant est l'énorme dilatation de l'abdomen, saillie régulière, arrondie, occupant tout l'abdomen se déplaçant lorsque le malade se met en décubitus latéral.

La paroi est de coloration normale et, fait capital, il n'existe pas de circulation veineuse collatérale. Enfin, l'ombilic est déplié en doigt de gant.

Au palper non douloureux, la consistance est fluctuante sur toute l'étendue de l'abdomen. Il existe un signe du flot.

On ne peut palper ni le foie, ni la rate.

A la percussion : matité qui prend tout l'abdomen sans qu'on puisse préciser ses limites supérieures et latérales.

Enfin, il existe des signes qui paraissent imputables à une compression veineuse : hémorroïdes, varicocèle bilatéral ; mais il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs.

L'examen somatique d'autre part révèle :

Au cœur : une tachycardie régulière, sans modification des bruits, en rapport avec la compression.

Aux poumons, des râles sous-crépitants de congestion aux deux bases.

Enfin, l'examen des organes génitaux externes montre un testicule droit petit, assez mou, très sensible. Un paquet variqueux siège sur l'épididyme qui présente d'autre part de petits noyaux durs arrondis.

Le testicule gauche est sensible, moins que le droit. Au niveau de la queue de l'épididyme, on trouve un noyau dur du volume d'une noisette. Enfin, un varicocèle existe également de ce côté.

Le malade déclare ne présenter aucun antécédent blennorrhagique.

*
* *

On conçoit que devant une augmentation de volume aussi considérable de l'abdomen, régulière, fluctuante, mate et donnant le signe du flot, on ait pu penser à une ascite.

Certes, il ne s'agit pas d'une ascite cirrhotique, qu'élimine l'absence d'une circulation veineuse collatérale et de tout stigmate d'éthylisme. De même, le volume de la collection liquidienne et l'absence d'autres signes de bacillose permettent d'éliminer cette étiologie. Une ascite néoplasique pourrait être envisagée vu l'âge du malade, mais la découverte du long passé pathologique l'élimine aussitôt.

Néanmoins, la clinique ne pouvant aller plus loin dans la recherche étiologique, on décide de pratiquer une ponction exploratrice : celle-ci, tout d'abord à gauche reste blanche ;

Par contre, à droite, avec un très gros trocart, la ponction provoque une douleur très vive et prolongée, et ce n'est qu'après aspiration à la seringue qu'on retire un liquide

de couleur jaune mastic de consistance pâteuse qui est envoyé au laboratoire aux fins d'examen.

En même temps, on pratique des examens radiologiques après lavement baryté.

Ces épreuves radiologiques vont redresser le diagnostic en montrant une image extrêmement curieuse en rapport certain avec une énorme tumeur abdominale.

L'ensemble du côlon ascendant, transverse et descendant se trouve refoulé contre la paroi latérale gauche de l'abdomen : l'ascendant ayant été refoulé de telle sorte qu'il a précroisé le descendant pour se placer à sa gauche.

Une radio du thorax montre l'énorme tumeur refoulant le diaphragme.

Ainsi, le diagnostic de tumeur abdominale kystique est posé grâce à la ponction et à la radio, mais l'origine de ce kyste reste encore inconnue.

Cependant l'analyse du liquide du ponction a pu donner des renseignements plus précis :

Absence de réaction inflammatoire et de flore microbienne. Mais surtout :

— Présence de graisses.

— Traces de matières protéiques et de cholestérine et il a été trouvé quelques poils dans le prélèvement. Par ailleurs :

Pas de mucine.

Pas de lécithines.

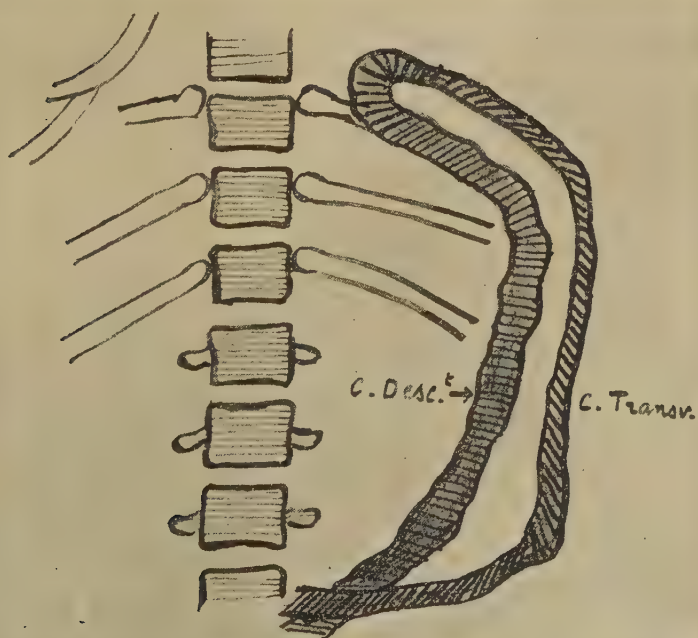
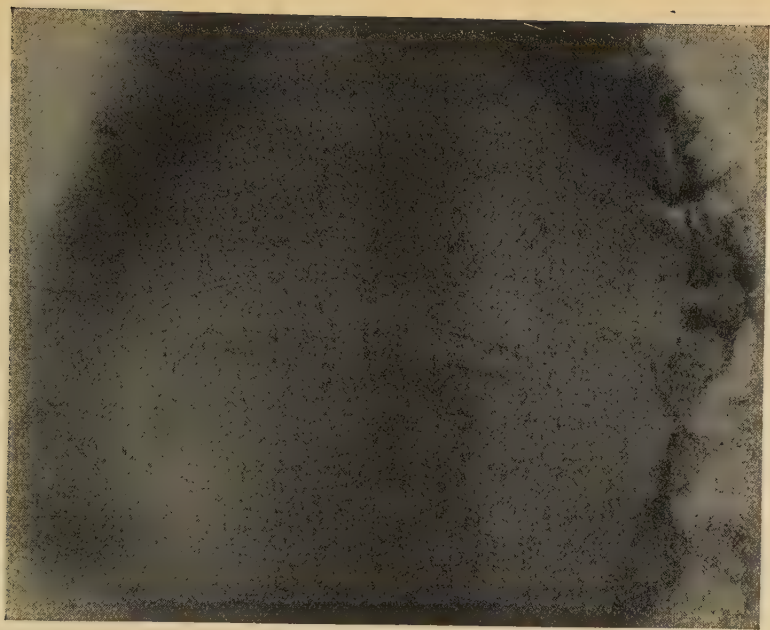
Pas de phosphates.

D'autres examens de laboratoire ont été pratiqués.

L'urée sanguine s'élève à 0 gr. 32 pour 1.000. Dans les urines il n'y a ni sucre, ni albumine. Une formule sanguine donne :

5.250.000 globules rouges,

13.000 globules blancs, dont 85 % de polynucléaires,
1 % d'éosinophiles.



Le temps de saignement et le temps de coagulation sont normaux.

L'intervention chirurgicale est décidée et pratiquée le 21 septembre 1939 par le Professeur A. Gosset.

2. — COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :

Anesthésie à l'éther.

Durée de l'opération : 2 heures.

Le malade étant mis en position horizontale, on pratique une incision médiane sous-ombilicale allant de l'ombilic au pubis.

On est en présence d'une masse énorme et l'on doit prolonger vers le haut l'incision jusqu'à mi-chemin entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic.

Tout le ventre est occupé par cette énorme tumeur à paroi blanchâtre, fluctuante.

Les seuls organes abdominaux que l'on voit sont : Le duodénum, sa portion descendante complètement décollée du péritoine postérieur.

Le côlon droit et transverse qui est très abaissé.

Ainsi, tout le ventre est rempli par ce colossal kyste, on le voit à droite du duodénum, à gauche du duodénum, au-dessus et au-dessous du transverse, dans la fosse iliaque droite et dans la fosse iliaque gauche.

On décide d'attaquer cette masse rétro-péritonéale par une longue incision à un travers de main du bord droit du duodénum, incision longue de plus de 20 centimètres.

Le péritoine postérieur incisé, on tombe, dans un bon plan de clivage et on tente une ponction à l'aide de l'aspirateur électrique et d'un gros tube ; mais cette ponction ne ramène rien. Dans ces conditions, une fois le décollement amorcé, on ouvre largement le kyste et on le vide de son contenu :

On retire une grande quantité de liquide sébacé et une grosse touffe de cheveux blonds. On presse sur toutes les portions du kyste et on remplit deux grands récipients contenant chacun 10 litres.

Doucement, patiemment on décolle d'abord toute la partie droite qui descend vers le fond du petit bassin et l'on est dans l'obligation de faire cinq à six ligatures de vaisseaux artériels allant du duodénum à la paroi du kyste. Ce décollement à droite s'est effectué sans qu'on ait vu ni uretère, ni rein.

On passe au décollement de la portion gauche de la poche et finalement le kyste tient à la colonne vertébrale au-dessous du pédicule rénal par une portion adhérente solide grosse comme un gros poing. Cette dernière portion est traversée verticalement et en son milieu par la veine cave inférieure qui a été décollée et repoussée, et par les deux veines iliaques primitives. On décolle en passant derrière ces veines. L'aorte est à sa place et finalement le kyste tient à la colonne vertébrale à hauteur de la troisième vertèbre lombaire par un pédicule gros comme le pouce contenant de gros vaisseaux que l'on libère doucement, que l'on prend entre deux pinces, que l'on sectionne, et l'on pratique ainsi cinq ligatures à la soie fine. Le kyste se trouve maintenant complètement détaché.

On contrôle partout l'hémostase qui est satisfaisante. Il persiste une poche colossale rétro-péritonéale.

On place dans la partie droite de la poche, un mickulicz, puis on marsupialise de façon à isoler la grande cavité péritonéale et permette au mickulicz de sortir.

On pratique en fin d'intervention une transfusion de 300 grammes.

3. SUITES OPÉRATOIRES

Il ne s'est pas produit d'accidents dus à la décompression brusque.

— La température s'est élevée à 38°5, puis est descendue progressivement en lysis.

Le pouls est bien frappé, régulier.

L'oppression et la dyspnée ont disparu.

L'état général est satisfaisant.

Dans l'ensemble ces suites opératoires immédiates apparaissent comme excellentes.

4. EXAMEN DE LA PIÈCE

I. *Examen macroscopique.*

La tumeur est constituée de trois masses :

Une très volumineuse, arrondie.

Et deux autres beaucoup plus petites, irrégulières, inégales, flanquées sur le côté gauche de la première et allongée transversalement.

La paroi est régulière, lisse, de couleur blanchâtre légèrement bleuâtre, uniforme. Elle est recouverte sur toute sa surface, d'un lacs de veines d'un calibre inégal, à gauche très grosses.

Elle est de consistance rénitente, tendue, égale.

La ponction pratiquée au trocart reste sans résultat, car le liquide est trop épais pour s'écouler ainsi et il est nécessaire de faire une brèche au bistouri.

Le contenu est un liquide épais, de couleur mastic, dégageant une odeur désagréable « sui generis ». Nous en avons déjà indiqué les autres caractères. Il contient de nombreuses touffes de cheveux blonds.



La paroi est épaisse de 3 à 4 millimètres, à peu près uniforme. Elle n'est pas cloisonnée.

Ainsi ces caractères macroscopiques répondent à la description que fait VIGLIANI de ces kystes dermoïdes rétro-péritonéaux. Ils sont « de structure simple, leur forme est arrondie, parfois allongée ou piriforme » et il ajoute même un caractère qui s'attache plus particulièrement à notre cas : « certains sont pédiculés sur la colonne vertébrale ».

Nous allons maintenant voir que les caractères microscopiques de notre tumeur sont aussi ceux des autres kystes dermoïdes ayant la même localisation.

II. *Examen microscopique pratiqué par M. IVAN BERTRAND,*

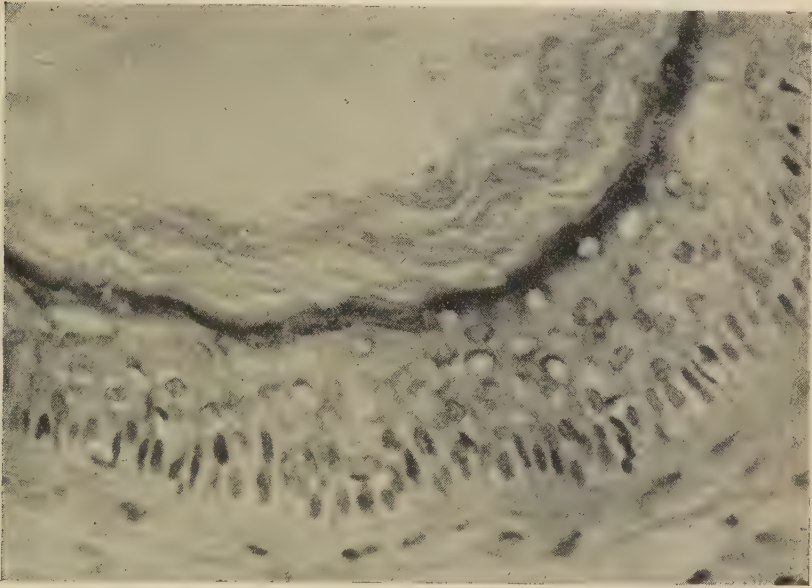
1) Paroi constituée par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une lame conjonctive.

Le revêtement épithélial a les caractéristiques d'un revêtement malpighien : couche basale dense formée de cellules peu différenciées et au contact d'une membrane basale continue. Au-dessus, cellules plus volumineuses polyédriques disposées en 6 à 8 couches superposées. Pas de filaments intercellulaires visibles. Plus superficiellement, le protoplasme se charge de grains d'éléidine, les cellules s'aplatissent en formations lamellaires qui desquament et subissent une fonte granulo-graisseuse.

2) La lame conjonctive qui double l'épithélium est fort mince. Elle renferme de nombreux trousseaux de fibres musculaires lisses.

Nulle part tracés de phanères ; dans une région poly-

kystique cette lame conjonctive s'épaissit considérablement et s'infiltré de nombreuses concrétions calcaires.



COUPE DE LA PAROI KYSTIQUE

De haut en bas :

- 1° Lamelle épidermoïde desquamée en dégénérescence granulo-graisseuse limitant immédiatement la cavité kystique.
- 2° Couche formée de grains d'éléidine colorés par l'hématine.
- 3° Epithélium stratifié.
- 4° Couche et membrane basale.

Mais, faits importants : Aucune évolution maligne.
Pas de production tératogène.

IV

NOTRE OBSERVATION DANS LA NOSOGRAPHIE DES KYSTES DERMOIDES RÉTRO-PÉRITONÉAUX

Cette localisation abdominale rétro-péritonéale est certainement l'une des plus rares des kystes dermoïdes. En effet, nous n'avons pu en trouver qu'un très petit nombre dans la littérature.

L'étude de ces différents cas, dont nous avons recherché les aspects cliniques communs, afin de préciser une symptomatologie d'ensemble, est à ce point de vue assez décevante : le polymorphisme clinique de ces tumeurs apparaît très important. Leurs symptômes ne semblent pas régis par leur nature, mais par leur volume et surtout par leur siège, leurs connections.

Qu'il nous suffise de décrire brièvement les autres cas retrouvés dans la littérature.

JUDD et FULCHER (1) dans une étude sur les kystes dermoïdes abdominaux après avoir insisté sur la rareté de la localisation rétro-péritonéale citent les cas suivants :

(1) JUDD et FULCHER. — Dermoids-cyst of Abdomen. S. Cl. North America Aug., 1933.

TRETHOWAN et DALE ont rapporté une observation de gros kyste dermoïde rétro-péritonéal. Il s'agissait d'une malade âgée de 24 ans. La tumeur était située environ au niveau de la 3^e vertèbre lombaire. Elle fut marsupialisée.

Dans les rapports de la Clinique Mayo, deux cas de kystes dermoïdes rétro-péritonéaux :

Une malade âgée de 44 ans vient à la clinique en novembre 1918 pour une éventration secondaire à une opération faite 13 ans auparavant pour un kyste dermoïde de l'ovaire. L'examen révéla un petit kyste de 1,5 cm. de diamètre situé dans la graisse rétro-péritonéale de la partie supérieure de l'abdomen. Il y avait aussi un kyste dermoïde dans le ligament large gauche, d'environ 3 centimètres de diamètre. Tous deux furent enlevés.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 55 ans qui consulta à la clinique en novembre 1916 pour une douleur pénible siégeant dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen et qui durait depuis quatre ans. En même temps s'était développée dans cette région, progressivement une tumeur. L'intervention montra un kyste rétro-péritonéal de 25 centimètres de diamètre environ, recouvrant l'aorte. Il ne put être enlevé étant donné le danger de blesser les vaisseaux mésentériques supérieurs. Il contenait de l'os ou du tissu calcaire ».

Mais nous voudrions plus particulièrement insister

sur le cas de VIGLIANI (1) qui semble présenter de grandes analogies avec le nôtre.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans. Dès son enfance l'abdomen a été volumineux et a progressivement augmenté par la suite, sans pourtant amener aucun trouble. Et ce n'est que la « malveillance des gens de son pays à l'égard du volume anormal de son ventre » qui la pousse à venir consulter.

A l'examen, l'abdomen est augmenté de volume dans son ensemble avec prédominance dans la région ombilicale. L'ombilic est normal, peu de circulation collatérale. Consistance pâteuse à la palpation, matité à la percussion. Pas de température. Le reste de l'examen est normal.

L'intervention montre qu'il s'agit d'une tumeur à développement rétro-péritonéal s'étendant vers le bassin et le diaphragme. Incision du péritoine pariétal puis du kyste et l'on en retire environ 10 litres de matière sébacée. Le kyste vidé, on essaie de l'extérioriser ; opération facile à la partie haute du bassin, ce qui permet de constater la complète indépendance de la tumeur et des organes génitaux. Mais en remontant, l'opération devient de plus en plus difficile et l'on est obligé de marsupialiser la partie restante du kyste. Suites opératoires excellentes.

Anatomiquement, il s'agit là aussi d'un kyste dermoïde simple, c'est-à-dire contenant seulement des

(1) VIGLIANI R. — Policlinico, Sez. Prat. janvier 1918.

dérivés de l'ectoderme. Et VIGLIANI conclut : « Il m'a semblé opportun de rapporter ce cas, car les kystes dermoïdes purs sont rares, puisqu'ils contiennent en général des formations tératoïdes. »

Puis, VIGLIANI cite deux cas de kystes rétro-péritonéaux rapportés par EBLER :

Pour le premier, la dégénérescence du kyste l'a rendu inextirpable, quant au second il était paranéphrétique. Il cite encore un kyste dermoïde suppuré observé par MICZKOWSKI, un autre par WEIL chez un jeune homme de 14 ans et un de KAPOZ chez une jeune fille.

Enfin, l'auteur établit une analogie avec les kystes dermoïdes du mésentère et cite à ce propos les cas étudiés par PAKOWSKI.

*
* *

Nous allons maintenant passer en revue d'autres kystes dermoïdes abdominaux rétro-péritonéaux qui du fait de leur situation acquièrent une symptomatologie un peu spéciale : ce sont les rares cas de kystes dermoïdes paranéphrétiques et pancréatiques.

Dans un rapport au Congrès français de chirurgie de 1919, THÉVENOT disait : « Les observations de kystes dermoïdes sont encore plus rares que celles de kystes hydatiques ».

HERRERA, ZWEIFEL, JOHNSON paraissent être les seuls auteurs qui les aient signalés. Leur forme, leur situation, leur structure sont tout à fait banales.

Ce sont des sacs à paroi résistante revêtue d'un tégument sur lequel s'implantent des poils ; leur contenu est formé d'une substance analogue à la matière sébacée. Leur rareté, leur absence de particularités nous dispensent d'insister plus longuement sur leur description. »

Ce qui nous paraît intéressant de retenir de cette citation, c'est que là encore, il s'agit de kystes dermoïdes simples.

Nous ne ferons que reprendre rapidement le cas de JOHNSON, car il s'agit d'un enfant de deux ans et la tumeur siégeant dans la partie gauche de l'abdomen avait des caractères similaires à ceux d'un sarcome du rein. De plus, elle s'accompagnait d'une incurvation vers la droite de la colonne lombaire, ce qui avait fait croire à une atteinte pottique.

Les observations de kystes dermoïdes pancréatiques sont peu nombreuses et méritent d'être reprises chacune en particulier.

1. J. C. MASSON et H. D. CAYLOR (1) citent le cas d'une femme de 33 ans qui vient consulter pour fatigue générale, douleurs au niveau du dos et une tumeur à la partie supérieure gauche de l'abdomen. Ces troubles dataient depuis plus de 9 ans et avait été diagnostiqués « maladie de la rate », d'autant que la malade présentait une légère « anémie secondaire ».

On la traita à la liqueur de Fowler.

Depuis deux ans à la suite d'une appendicectomie,

(1) MASSON et CAYLOR. — D. C. of pancreas. S. Cl. North america Aug., 1929.

les douleurs du dos (backache) étaient devenues plus intenses — et la tumeur avait progressivement augmenté de volume. L'examen montra une grosse masse dans l'aire splénique ; mais la radiographie a été ici d'un grand secours diagnostic, révélant une ombre dans la région du rein gauche. La pyélographie donna une image normale avec une tumeur extra-rénale adjacente au pelvis. Une opération exploratrice fut décidée : le kyste avait apparemment pris naissance dans la queue du pancréas et s'étendait de haut en bas depuis la foliole gauche du diaphragme jusqu'au niveau du rein gauche. L'ablation fut pénible à cause des adhérences importantes, en particulier au niveau du pancréas. Il fut nécessaire d'ouvrir le kyste et d'enlever une partie de son contenu afin de pouvoir l'exciser. Contenu : des poils, une substance crémeuse.

2. *Observation de W. A. DENNIS* (1).

Un homme de quarante ans se plaint de douleurs au niveau du dos et particulièrement du côté droit. Ces troubles ont débuté trois ans auparavant. Le malade ne présente pas de troubles digestifs, sauf un certain degré de ballonnement, aucune altération de l'état général. L'examen découvre d'emblée une masse de la dimension d'un « grappe fruit » occupant surtout la partie supérieure droite de l'abdomen, elle est ferme, lisse et de contours réguliers, légèrement sensible à la pression. Elle est immobile avec la res-

(1) DENNIS. — Kyste dermoïde du pancréas. S. Clin. North America, oct. 1923.

piration. Tous les autres examens se sont révélés négatifs.

Les diagnostics possibles sont : Tumeur du rein, kyste hydatique du foie et tumeur rétro-péritonéale d'origine inconnue. Une pyélographie élimine définitivement la première hypothèse, et la preuve radiologique que le duodénum se trouve à la face antérieure de la tumeur aurait probablement dû exclure la seconde hypothèse, qui est cependant retenue comme la plus vraisemblable en dépit de cette découverte.

L'intervention montre que la masse se trouve derrière le péritoine postérieur. L'exploration à travers le petit épiploon permet de voir que le tissu pancréatique recouvre la surface de la tumeur. On en conclut que la tumeur a son origine dans le pancréas lui-même.

Du fait des adhérences intimes d'organes importants avec cette tumeur, l'ablation en paraît trop hasardeuse pour être faite ; on est d'accord pour marsupialiser ; le kyste est ouvert ; le contenu est formé de la substance grumeleuse, grasseuse caractéristique des kystes dermoïdes, ainsi que de quelques poils courts.

Et l'auteur conclut : « Les kystes dermoïdes du pancréas semblent très rares. Le seul cas que j'ai pu découvrir est rapporté par Judd où le kyste se trouvait dans la queue du pancréas et fut enlevé « in situ » sans être ouvert. A cause de la nature de leur paroi, les kystes dermoïdes ne donnent pas des résultats satisfaisants après simple drainage. Aurait-t-on

connu la nature véritable de celui-ci, peut être aurait-il été plus sage d'accepter le risque supplémentaire de l'ablation sans ouverture. »

Suites opératoires : il persiste un abondant suintement liquide malgré des essais thérapeutiques nombreux dirigés contre cette fistule. Mais le malade est en excellent état général.

3. Enfin, une belle observation a été rapportée par M. Louis RAMOND (1) :

Il s'agit d'un homme de 44 ans qui a présenté en octobre 1935 des troubles gastro-intestinaux, douleurs abdominales, vomissements bilieux, température élevée à 39,5, splénomégalie, si bien que l'on a diagnostiqué une fièvre typhoïde. Mais la masse anormale située dans l'aire splénique a persisté et l'on en vient à penser à un syndrome hépato-splénique.

Un examen plus serré pratiqué par M. RAMOND, en mars 1936 permet de préciser le début extrêmement brutal du syndrome initial, qui fut suivi trois ou quatre jours plus tard d'un signe très particulier : apparition spontanée dans la région épigastrique et autour de l'ombilic de larges ecchymoses sous-cutanées abdominales. Par ailleurs, malgré un état général en apparence bon, on apprend une perte de poids de 15 kilos en cinq mois.

L'examen physique minutieux précise les caractères de cette tumeur qui est lisse, rénitente, indo-

(1) Louis RAMOND. — Faux pseudo kyste du Pancréas. *Presse Médicale*, avril 1936.

lore, immobile avec les mouvements respiratoires.

Tous les examens de laboratoire se sont montrés normaux. Et M. RAMOND discute alors le diagnostic différentiel.

Les caractères cliniques, l'absence de syndromes associés hématiques, adéniques, ou hépatiques et surtout l'examen radiologique qui montre une ombre tumorale indépendante de la rate, permettent d'éliminer la nature splénique de cette tumeur.

C'est encore la radiographie qui écarte définitivement l'hypothèse d'une tumeur rénale, de même que celle d'une tumeur colique gauche. Le diagnostic semble devoir se limiter à la discussion des collections liquidiennes abdominales : abcès froid, certes ; peut-être même un kyste de nature quelconque.

Mais le diagnostic qui paraît s'imposer non seulement à cause de la morphologie et de la topographie de cette tumeur, mais encore et surtout à cause des accidents qui ont précédé son apparition : c'est celui de pseudo-kyste du pancréas. En effet, le début extrêmement brutal peut être assimilé à une pancréatite hémorragique à forme abortive, diagnostic que semble même confirmer l'apparition d'un signe d'HALSTED ; puis les signes ont rétrocedé et enfin la tumeur s'est développée.

Et pourtant, l'intervention a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde extra-péritonéal, contenant des matières sébacées et des poils et dont le point d'implantation n'a pu être précisé.

*
* *

De toutes ces observations de kystes dermoïdes abdominaux rétro-péritonéaux, il paraît difficile de tirer un tableau clinique d'ensemble : certains kystes semblent très bien supportés malgré leur longue évolution, tel le cas de VIGLIANI. D'autres, au contraire, s'accompagnent d'une symptomatologie fonctionnelle marquée, telle notre observation où les accidents digestifs remontaient à l'enfance.

Cependant, les complications de ces kystes sont dues avant tout, à la compression : c'est elle qui paraît responsable des troubles digestifs, de la dyspnée, de l'oppression, de la douleur et celle-ci semble avoir des caractères différents suivant le siège de la tumeur : c'est ainsi que les douleurs au niveau du dos paraissent être plus particulières aux kystes dermoïdes pancréatiques.

Ces kystes rétro-péritonéaux doivent entraîner comme tout kyste dermoïde, d'autres complications. Mais il semble que, du fait de leur siège, l'infection soit rare. En effet, celle-ci pourrait provenir d'une cause générale, mais elle semble difficilement explicable par contiguïté, car le contenu de ces kystes extra-péritonéaux est protégé à la fois par la paroi kystique et par le péritoine. De même, la dégénérescence maligne doit être très rare, du fait même de la nature de ces kystes, qui sont des kystes dermoïdes simples ne contenant que des dérivés ectodermiques.

Ce caractère anatomique commun présente un grand intérêt, tant au point de vue clinique, car il explique le peu de tendance de ces kystes à la dégénérescence, qu'au point de vue pathogénique, comme nous le verrons plus loin.

Ces kystes présentent encore comme caractère commun leur nature congénitale qui paraît bien établie : on a vu que plusieurs de ces kystes avaient été découverts chez des enfants et que chez d'autres malades opérés plus tard, on avait pu retrouver leur existence dès l'enfance. Ainsi ces kystes paraissent avoir encore une évolution très longue, ils augmentent progressivement de volume pendant des années et peuvent devenir parfois gigantesques comme celui de notre observation.

Enfin, on peut encore ranger parmi leurs caractères communs, la difficulté de leur diagnostic. Difficulté qui tient, d'une part au caractère tout à fait exceptionnel de ces tumeurs ; d'autre part, à l'absence d'une symptomatologie précise. En effet, chaque cas se présente différemment suivant son volume, suivant son siège.

Ainsi, comme on l'a vu dans notre observation, le malade se présentait comme porteur d'une ascite ; dans celle de MASSON et CAYLOR, ainsi que dans celle de M. RAMOND, la tumeur simulait une grosse rate ; ailleurs, dans le cas de JOHNSON, c'était surtout un abcès froid pottique que l'on discutait.

Il paraît donc difficile d'envisager un diagnostic différentiel d'ensemble. On doit aboutir semble-t-il,

à l'aide des caractères physiques, et surtout de l'examen radiologique, au diagnostic de tumeur abdominale. Il serait très intéressant de pouvoir limiter la discussion à celle des collections liquidiennes de l'abdomen. Mais en fait il est souvent difficile de distinguer la nature d'une tumeur aussi profondément située. Dans cette discussion nous ne ferons que passer en revue les quelques diagnostics qui nous paraissent les plus importants.

Diagnostic Différentiel

I. — Les tumeurs solides abdominales sont les premières à éliminer.

Selon les cas on sera amené plutôt à discuter :

— *Les tumeurs coliques* ; elles s'accompagnent de troubles digestifs, et l'on sait l'intérêt de la découverte de sang dans les selles à des examens répétés ; mais c'est surtout un diagnostic radiologique.

— Nous avons déjà longuement discuté les tumeurs spléniques. Rappelons leurs principaux caractères : l'existence d'un bord antérieur plus ou moins tranchant et présentant des incisures caractéristiques : la mobilité avec les mouvements respiratoires qui peut d'ailleurs manquer ; la fréquence d'un syndrome associé, hématique, adénique ou hépatique.

Les tumeurs hépatiques. — Elles sont généralement plus superficielles, appliquées contre la paroi abdominale antérieure.

Les tumeurs rénales. — Un kyste dermoïde rétro-péritonéal, pouvant donner le contact lombaire, comme dans le cas publié par M. RAMOND, fait discuter alors la possibilité d'un gros rein. Contre cette hypothèse plaident l'absence de signes cliniques urinaires, et surtout l'examen radiologique et la pyélographie.

Le diagnostic peut être plus difficile avec les tumeurs solides paranéphrétiques. On le conçoit aisément en lisant la description qu'en fait LECÈNE : « Tumeur abdominale à développement en général lent, progressif, indolore ou presque, ne provoquant pendant longtemps que peu de troubles de la santé générale. Tumeur dure ou mollassse, possédant le contact lombaire, de siège rétro-péritonéal, de par sa situation par rapport à l'intestin, ne déterminant généralement aucun phénomène pathologique du côté de l'appareil urinaire. » Mais la difficulté est extrême en cas de tumeur paranéphrétique lipomateuse, mollassse ou même fluctuante.

II. — LES COLLECTIONS LIQUIDIENNES

On a vu qu'un abcès froid pouvait être discuté, et l'on devra demander à l'examen clinique et radiologique du squelette l'indication de son origine.

— Les tumeurs vésiculaires pourraient prêter à discussion, mais elles s'accompagnent le plus souvent d'ictère, de fièvre et de signes radiologiques particuliers.

— Nous avons déjà vu à quel point un pseudo-kyste du pancréas pouvait être simulé par un kyste dermoïde.

— L'hydronéphrose a le même développement lent ; mais la pyélographie fera le diagnostic. En effet, suivant la remarque de JEANBRAU « dans les kystes rétro-péritonéaux, il y a toujours intégrité morphologique du bassin, qui peut être légèrement augmenté de volume, mais jamais déformé ».

— Le rein polykystique est généralement bilatéral, c'est aussi un diagnostic de pyélographie.

— Enfin, les autres kystes abdominaux posent évidemment des problèmes très difficiles : les kystes hydatiques développés aux dépens du foie, du rein, de la rate, du pancréas, du mésentère, des tissus paranéphétiques ; les kystes mésentériques, parfois dermoïdes. Les autres kystes rétro-péritonéaux que KÖENING (1) classe en « épithélioma, wolffiens, pulmonaires, lymphatiques. Mais nous voudrions insister plus particulièrement du fait de leur fréquence, sur les kystes rétro-péritonéaux de l'ovaire, et l'on sait tout l'intérêt d'un examen gynécologique minutieux. Les kystes du ligament large peuvent eux aussi être dermoïdes et l'on a vu dans une observation rapportée par JUDD et FULCHER la coexistence chez une même malade d'un kyste dermoïde du ligament large et d'un autre rétro-péritonéal.

— Citons encore les kystes présacrés qui peuvent

(1) KÖENING. — *Zentralblatt für chir.*, 1931.

devenir très volumineux et s'élever dans l'abdomen ; d'ailleurs, on pourrait établir une certaine analogie pathogénique entre les kystes dermoïdes pré-sacrés et les pré-lombaires.

PATHOGÉNIE

Après avoir étudié les caractères cliniques des kystes dermoïdes rétro-péritonéaux, il convient maintenant de les replacer dans le cadre des kystes dermoïdes en général et d'envisager rapidement la pathogénie complexe de ces « dysembryomes ».

De nombreuses conceptions ont été émises, nous les envisagerons tout d'abord dans l'ordre chronologique.

1. Exposé chronologique des diverses théories pathogéniques des kystes dermoïdes

En 1831, LEBLANC donna le premier le nom de kyste dermoïde à ces tumeurs. Leur structure complexe avait porté les auteurs qui les avaient constatés au début à émettre sur leur origine des théories très variées :

CHESTON-BROWN et CLEGHORN admettaient que

les cheveux et dents retrouvés dans la cavité abdominale, avaient été avalés par les malades. La plupart des auteurs les attribuaient à une grossesse anormale, les hommes même n'en étaient pas exempts « juste punition d'une faute ».

A la fin du ^{xvii}^e siècle, après que GRAFF eut décrit en 1672 les follicules ovariens, on pensa que les kystes dermoïdes ne représentaient plus que les débris d'une grossesse extra-utérine.

GOLEY, en 1675, rejeta l'idée d'une fécondation ordinaire et supposa qu'il s'agissait plutôt d'un acte copulatif avorté, ainsi ces tumeurs n'étaient que le résultat d'une génération incomplète.

FOL montre que deux spermatozoïdes pouvaient pénétrer dans un même œuf, y déterminer l'apparition de deux centres embryonnaires et finalement un monstre double.

La théorie de la diplogénèse était créée.

TUMIATI en fit des tumeurs congénitales et y vit un cas particulier de ces monstruosité. Il supposa une inclusion abdominale de l'un de ces monstres dans l'autre et cet individu frère de celui qui le portait n'était plus accolé à lui ; mais inclus.

La théorie la plus admise jusque-là était celle d'une grossesse anormale ; mais déjà de nombreux auteurs en voyaient l'insuffisance pour expliquer la présence de ces tumeurs chez les filles vierges ou impubères et chez l'homme. Aussi, pour expliquer ces cas durent-ils recourir à d'autres hypothèses : GEOFFROY SAINT-HILAIRE créa un ordre spécial,

celui des parasites autosites ; c'est la théorie du « fœtus in fœti ». CRUVEILHIER, en 1849, invoqua une inclusion fœtale.

Mais déjà, en 1819, MECKEL avait prétendu que les productions dermoïdes peuvent se former sans le secours de la fécondation.

LEBERT, en 1852, rejetant toutes les théories explicatives données jusque-là, applique au cas particulier de ces tumeurs la loi qu'il avait formulée sous le nom d'hétérotopie plastique. « Beaucoup de tissus simples ou composés, et des organes même plus complexes peuvent se former de toute pièce dans des parties du corps où à l'état normal on ne les rencontre pas. »

VERNEUIL, à la même époque, envisagea une nouvelle théorie pathogénique, celle de l'enclavement ectodermique pendant la période embryonnaire, théorie qui fut développée par REMAK.

VIRCHOW reprit en 1863 la théorie de l'indifférence cellulaire de LEBERT, faisant provenir les tumeurs histoïdes, ou à tissus simples et les tumeurs téra-toïdes dans lesquelles il comprenait les kystes dermoïdes, d'une même origine : le tissu conjonctif.

Mais ce pouvoir spécial attribué par VIRCHOW aux cellules conjonctives fut réduit par ses élèves qui le donnèrent : COHEM aux histiocytes ; ROBIN à un blastème spécifique dérivant du sang ; KOLLIKER aux cellules embryonnaires, produits de la segmentation cellulaire.

WALDEYER, en 1870, considéra que les kystes

dermoïdes ne devaient être attribués qu'aux cellules sexuelles. C'est en 1872, qu'apparaît pour la première fois l'hypothèse parthénogénétique émise par OELLACHER.

MATHIAS DUBAL la développa avec de nouveaux faits en 1884 et elle fut reprise en 1892 par REPIN.

WILMS arriva à cette conclusion, que les kystes dermoïdes étaient constitués par les dérivés des trois feuilletts embryonnaires et leur donna le nom d'embryomes. En 1900, BONNET, développa la théorie émise sous le nom de Mérotomie naturelle par PRENANT, en 1899 : il suppose qu'un blastomère s'est trouvé enclavé dans l'embryon qui se développe et qu'ultérieurement il forme une production à l'intérieur de ce dernier. Il admet cependant pour les tératomes l'hypothèse du globule polaire de MARCHAND.

Cette double conception est également acceptée par BROUHA en 1902, LECÈNE en 1904, et WILMS qui s'y rallie en abandonnant la parthénogénèse.

Enfin, A. PAPPÀ, en 1904, proposa la théorie de l'hermaphrodisme intra-glandulaire, selon laquelle les cellules sexuelles peuvent dans une même glande évoluer vers les caractères mâles ou femelles, et seraient capables de venir en contact l'une de l'autre et de se féconder.

2. Discussion de ces théories et plus particulièrement à propos des kystes rétro-péritonéaux

Telles sont les diverses théories pathogéniques

qui ont été émises. Elles présentent un intérêt très inégal. Ainsi la théorie de la grossesse extra-utérine mérite à peine d'être mentionnée et est totalement inadmissible dans notre cas puisque le kyste s'est développé chez un individu du sexe masculin.

L'origine congénitale de ce kyste semble très probable et l'observation que nous venons d'exposer est démonstrative à ce sujet puisque notre malade était porteur de la tumeur depuis son plus jeune âge. Plusieurs autres observations que nous avons rapportées ont montré l'existence de ces kystes chez l'enfant.

D'ailleurs, ainsi que le dit LANNELONGUE à propos des kystes dermoïdes sacro-coccygiens : « le terme congénital n'implique point l'existence de ces productions anormales dès la naissance. Il ne sert qu'à rappeler leur origine embryonnaire ».

La diplogénèse par inclusion fœtale n'est plus admise. Quant à « l'hétérotopie plastique » de LEBERT, elle n'est pas une explication, mais une dénomination.

La théorie parthénogénétique si elle fait mieux comprendre la prédilection marquée des dysembryomes pour les glandes germinatives rencontre pourtant de sérieuses objections : BONNET n'admet pas la parthénogénèse chez les vertèbrés et les figures de division que l'on observe ne seraient pas comparables à la segmentation normale sur un œuf fécondé ; ce seraient des figures de dégénérescence.

D'autre part, dans notre cas particulier, cette théo-

rie paraît insuffisante et pour reprendre la phrase de Pozzi (1) « cette théorie parthénogénétique n'explique pas le développement des kystes dermoïdes développés derrière le péritoine au niveau de la région lombaire et complètement indépendants des glandes génitales ». Pourtant, on a signalé la possibilité de kystes dermoïdes développés sur un ovaire surnuméraire et même selon la remarque de M^{me} EISSEMBERG-PAPERIN (2) ces ovaires semblent avoir une disposition marquée à la dégénérescence surtout dermoïde.

Ces ovaires peuvent se trouver partout et ROSENTEIN en a trouvé un, rétro-péritonéal.

On pourrait peut-être imaginer la possibilité d'un processus analogue au niveau d'un testicule surnuméraire, encore que l'on sache que les dysembryomes présentent au niveau du testicule l'aspect tératoïde plutôt que celui de kyste dermoïde.

Néanmoins, ces dysembryomes extra-génitaux paraissent actuellement « plutôt dus à un vice de développement qui s'est effectué au début de l'embryogénèse et qui s'est traduit par l'exclusion momentanée d'une cellule embryonnaire, soit d'un blastomère, soit d'une cellule déjà plus différenciée (3). »

Enfin, la théorie de l'enclavement ectodermique doit être envisagée pour ces kystes rétro-péritonéaux,

(1) Pozzi. — Traité de gynécologie, t. II.

(2) Thèse Paris, 1910-1911.

(3) Roussy. — Précis d'anatomie pathologique, t. II.

du fait de leur siège au voisinage du corps de WOLFF, et surtout de leurs caractères anatomiques :

Ce sont des kystes dermoïdes simples.

Il semble donc que cette hypothèse, qui doit être rejetée dans la genèse de formations tératogènes, ne trouve pas dans ce cas particulier d'interdiction formelle, puisque ces kystes dermoïdes abdominaux, rétro-péritonéaux ne sont formés que par des dérivés de l'ectoderme.

A ce caractère anatomique s'attache encore cette conclusion, généralement admise : les « kystes dermoïdes simples qui contiennent seulement des dérivés ectodermiques sont congénitaux. »

VI

CONCLUSIONS

Le kyste dermoïde abdominal rétro-péritonéal que nous avons eu l'occasion d'observer présente plusieurs particularités intéressantes :

Son apparition chez un homme.

Sa symptomatologie extrêmement trompeuse, pseudo-ascitique du fait de son volume considérable.

Son évolution très longue et progressive, ayant son point de départ dès l'enfance.

Enfin, du point de vue opératoire, les difficultés techniques considérables qu'il a nécessitées tenant à son énormité, à son siège et aussi à ses rapports intimes avec les gros vaisseaux : l'aorte, la veine cave inférieure, les veines iliaques primitives. Pourtant, son extirpation complète, aidée en partie par l'existence d'un plan de clivage ; les suites opératoires immédiates excellentes, permettent d'escompter un pronostic très favorable.

D'autr part, ce cas partage tout l'intérêt qui s'attache aux autres kystes dermoïdes rétro-péritonéaux du fait :

De leur grande rareté ;

De la difficulté de leur diagnostic, qui tient, d'une

part, à leur caractère exceptionnel, et d'autre part, à l'absence d'une symptomatologie propre. Insistons néanmoins sur la valeur diagnostique qui s'attache dans tous les cas : à leur longue évolution remontant parfois à l'enfance, et à la grande importance de l'examen radiologique qui permet de faire le diagnostic de la tumeur et de son siège, mais qui reste pourtant incapable de lui attribuer une étiologie précise.

Leur siège rétro-péritonéal explique leur relative asepticité, ils sont à l'abri de l'infection par contiguïté et du point de vue opératoire, la possibilité de mener l'intervention en dehors de la grande cavité péritonéale.

Comme pour tous kystes dermoïdes, cette extirpation doit être totale sous réserve de récidives.

Enfin, un grand intérêt s'attache au fait que ces kystes dermoïdes rétro-péritonéaux soient simples, sans production tératogène ; ce qui explique cliniquement leur peu de tendance à la dégénérescence maligne et, au point de vue pathogénique, la possibilité de les considérer comme résultant d'un enclavement ectodermique.

Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, le seul élément sur lequel puisse, semble-t-il, se rattacher la pathogénie, est leur nature congénitale.

VU : *Le Doyen*, VU : *Le Président de Thèse*,
TIFFENEAU A. GOSSET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique, t. II, Paris, 1829.
- BAILLY. — Kystes rétro-péritonéaux, *Thèse Paris*, 1935.
- BANDLER. — *Bulletin de la Société d'Anatomie*, Paris, 1900.
- BECK. — Kystes rétro-péritonéaux.
- BONNET. — *Zur actiologie der embryon*, B. III, 1900.
- BROUHA. — Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 1902.
- DENNIS W. A. — *S. Clin. North America*, octobre 1923.
- DURST. — Diagnostic des tumeurs de l'espace rétro-péritonéal, octobre 1934.
- DUVAL (Mathias). — Compte rendu de la Société de Biologie, octobre 1884.
- FONTAINE. — Des kystes dermoïdes non viscéraux de la cavité abdominale, *Thèse Bordeaux*, 1903.
- FRAHIER. — Étude des kystes dermoïdes abdominaux. *Thèse Bordeaux*, 1912.
- GOLINVAUX. — Kyste rétro-péritonéal d'origine volfienne. *Revue belge des sciences médicales*, septembre 1932.
- HANFIELD (J.). — Kystes rétro-péritonéaux. *British Journal of Surgery*, juillet 1924.
- JUDD et FULCHER. — Dermoid cyst of abdomen. *S. clin. North America Aug.*, 1933.
- JUSTE. — Les tumeurs rétro-péritonéales kystiques formées aux dépens des restes du corps de Wolff. *Deutsche Zeit. für Chirurgie*, mai 1934.

- KOENING. — *Zentralblatt. für chirurgie*, 1931.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, 1886.
- LECÈNE. — Rapport au Congrès de Chirurgie français de 1919.
Les tumeurs solides rétro-péritonéales.
- Sur les kystes rétro-péritonéaux, *Société de Chirurgie de Paris*, 1924.
- LEBERT. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général.
- MASSON et CAYLOR. — *S. Clin. North America*, aug. 1929.
- PAPPA. — Pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire et du testicule. *Ann. Malad. génito-urinaires*, Paris, 1904.
- POZZI. — Traité de gynécologie, t. II.
- RAMOND (L.). — Faux pseudo-kyste du pancréas. *Presse médicale*, septembre 1936.
- VIGLIANI. — Kyste dermoïdo-rétro-péritonéal. *Policlinico*, janvier 1919.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, t. I, Paris, 1867.
- WILMS. — *Deutsche Arch. für Klin. Med.*, 1895.

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 17-10-1939.
